
Soziale Innovationen – eine neue Perspektive für die Arbeitsforschung im Feld sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen

Guido Becke, Peter Bleses und Monika Goldmann

Zusammenfassung

Soziale Innovationen können helfen, die gegenwärtigen Herausforderungen des demografischen und ökonomisch-strukturellen Wandels an die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zu meistern. Es ist jedoch konzeptionell wie empirisch zu zeigen, wie sie zu gestalten sind, was sie bewirken können, auf welchen Ressourcen sie aufbauen und welche Hemmnisse ihnen entgegenstehen können. Dieser Beitrag skizziert vor dem Hintergrund der Herausforderungen vor allem konzeptionelle Aspekte sozialer Innovationen, auf denen die verschiedenen Beiträge in diesem Band mittels Analysen und Gestaltungskonzepten auf organisatorischer und interorganisationaler Handlungsebene empirisch aufbauen.

G. Becke (✉) · P. Bleses
Bremen, Deutschland
E-Mail: becke@uni-bremen.de

P. Bleses
E-Mail: pbleses@uni-bremen.de

M. Goldmann
Dortmund, Deutschland
E-Mail: goldmann@sfs-dortmund.de

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016
G. Becke et al. (Hrsg.), *Zusammen – Arbeit – Gestalten*,
DOI 10.1007/978-3-658-04059-8_2

1 Einleitung

In sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen stehen die Arbeit und ihre Organisation vor besonderen Herausforderungen. Die zunehmende Alterung der Menschen, die ein starkes Nachfragewachstum nach betreuenden, pflegerischen und medizinischen Dienstleistungen nach sich zieht, ist dabei nur eine besonders herausragende und sichtbare Herausforderung. Aber sie ist bei weitem nicht die einzige. Hinzu kommen politisch-rechtliche, ökonomische und gesellschaftliche Veränderungen, die mit der demografischen Entwicklung zusammenwirken (vgl. Görres 2013). Die Herausforderungen treffen auf Arbeitsfelder, die besonders anfällig und wenig widerstandsfähig sind. Das liegt daran, dass es sich bei sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen um *Interaktionsarbeit* handelt, also um *Arbeit am und mit Menschen*, die darauf vielfach existenziell angewiesen sind (Böhle und Glaser 2006). Es sind unverzichtbare Arbeiten, die sich gegen weitgehende Effizienzsteigerungen sperren. Die Arbeit und ihre Organisation beruhen meist auf anspruchsvollen professionellen Leitbildern mit hohem normativen Sinngehalt. Er bietet Orientierung und bildet eine wichtige Ressource bei oft körperlich wie psychisch belastender Arbeit. Werden die normativen Grundlagen der Branche beispielsweise durch Ökonomisierungsbestrebungen angegriffen, entstehen schnell Anerkennungs- und Legitimationsdefizite.

In den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ist zudem meist ein Innovationsverständnis leitend, das sich auf die Erfüllung ihrer Primäraufgaben (also der Versorgung, Betreuung und Pflege von Menschen) und deren Qualitätsverbesserung konzentriert. Fragen der Organisationsbedingungen und der Arbeitsqualität – gerade auch unter sich verändernden Rahmenbedingungen – blieben hingegen lange Zeit unterbelichtet. Auch deshalb wurde dieser Dienstleistungssektor durch die Entwicklungen der vergangenen Jahre relativ unvorbereitet getroffen.

Unseres Erachtens könnten die im sozialen Bereich lange Zeit vernachlässigten *sozialen Innovationen in der Gestaltung von Arbeit und Zusammenarbeit* auf betrieblicher wie überbetrieblicher Ebene einen wichtigen Beitrag zur zukünftigen Entwicklungsfähigkeit sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen leisten. Soziale Innovationen können grundlegend verstanden werden *als absichtsvolle Entwicklung neuer und die Veränderung schon vorhandener sozialer Praktiken in bestimmten Handlungsfeldern und auf unterschiedlichen Handlungsebenen, welche die Fähigkeit der Beteiligten erhöhen, mit Herausforderungen besser als zuvor umgehen zu können* (nach Howaldt und Schwarz 2010, S. 54).

Wir gehen von drei Thesen zu sozialen Innovationen in den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen aus:

1. Soziale Innovationen in der Arbeits-, Organisations- und Kooperationsgestaltung, die *verschiedene Handlungsebenen* (Unternehmen, überbetriebliche und regionale Kooperationen) berücksichtigen, können helfen, die wachsenden Herausforderungen des demografischen und ökonomisch-strukturellen Wandels zu bewältigen.
2. Soziale Innovationen lassen sich durch *Ressourcenstärkung* gestalten und ihre Nützlichkeit für Unternehmen und Beschäftigte empirisch nachweisen. Die Beiträge dieses Bands bieten hierfür empirische Belege und Ausführungen.
3. Soziale Innovationen sind – sollen sie nachhaltig wirken können – allerdings nicht zum Nulltarif zu erhalten: Vielmehr sind sie *voraussetzungs*voll, stehen ggf. in *Konkurrenz* zueinander sowie zu technologischen Innovationen und bergen ein hohes *Scheiternsrisiko*.

Die Annahme der Nützlichkeit sozialer Innovationen zur Bewältigung tiefgreifender struktureller Wandlungsprozesse ist an sich nicht neu (vgl. etwa die Beiträge in Jeschke et al. 2011 sowie Howaldt und Jacobsen 2010). Neu sind u. E. jedoch:

- der umfassende Bezug auf soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungen,
- der Versuch, konkrete Gestaltungsperspektiven einschließlich ihrer Wirkungen und Erfolgsbedingungen empirisch aufzuzeigen, sowie
- die Perspektive auf Voraussetzungen, Risiken und die mögliche Konflikthaftigkeit sozialer Innovationen.

Wir werden am Ende des Beitrags im Fazit auf diese Annahmen zurückkommen (4.). Zuvor wollen wir jedoch die Herausforderungen an die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und damit auch an mögliche soziale Innovationen näher beschreiben (2.). Vor diesem Hintergrund zeigen wir anschließend, wie soziale Innovationen in diesen Arbeitsfeldern konzeptionell zu fassen sind (3.).

2 Zentrale Herausforderungen der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und ihre Folgen

Die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen stehen seit vielen Jahren unter wachsendem Handlungsdruck. Wir gehen zunächst auf die zentralen Herausforderungen ein und schildern anschließend die Folgen für die Branche. Heraus-

forderungen und Folgen können sich dabei wechselseitig negativ im Sinne eines Teufelskreises beeinflussen und eine Abwärtsspirale auslösen.

Herausforderung: Privatisierung und Ökonomisierung

Die Privatisierung und Ökonomisierung ehemals öffentlicher oder wohlfahrtsverbandlich erbrachter Dienstleistungen sowie eine Diversifizierung der Leistungsanbieter kennzeichnet die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen seit wenigstens zwei Jahrzehnten. Im Rahmen vieler Gesundheitsreformen, der Etablierung der Pflegeversicherung und der Marktöffnung für private Anbieter dieser Dienstleistungen hat sich der rechtlich-ökonomische Rahmen stark verändert. Während sich soziale und gesundheitliche Dienstleistungen zuvor überwiegend ‚außerhalb des Marktes‘ bewegten, wurden in der jüngeren Vergangenheit immer mehr marktliche Steuerungselemente etabliert, die auch für die ehemals öffentlichen oder gemeinnützigen Leistungsanbieter gelten. Ziel war eine Senkung der Kosten bei gleichzeitiger Erhöhung der Dienstleistungsqualität mittels Konkurrenz zwischen den Anbietern und Wahlmöglichkeiten der Klientinnen und Klienten. Entstanden ist ein erhöhter Kosten- und Wettbewerbsdruck (vgl. verschiedene Beiträge in Manzei und Schmiede 2014 (Hrsg.) sowie Görres 2013, S. 36 ff.), ein beachtlicher Kapazitätsabbau im Bereich der akutstationären medizinischen Versorgung (Deutscher Bundestag 2014, S. 7) sowie in Teilen auch eine Prekarisierung der Arbeit im Gesundheitswesen (Auth 2013).

Herausforderung: Neue Qualitätsanforderungen

In allen sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen sind die Qualitätsanforderungen und deren beständige Dokumentation stark angestiegen. Dabei treten zusätzlich bürokratische Anforderungen, wie z. B. ausgeweitete Dokumentationspflichten, in aller Regel zu den Primäraufgaben der Anbieter hinzu, ohne zusätzlich entgolten zu werden. Das erhöht das Arbeitsvolumen und wird gleichzeitig von vielen Beschäftigten als belastend empfunden (vgl. Bleses et al. 2013, S. 70 f.; Hien 2009, S. 60; Theobald et al. 2013, S. 83.). Trotz dieser neuen und erhöhten Qualitätsanforderungen ist die Schnittstellenproblematik zwischen den Sektoren der ambulanten und stationären medizinischen und pflegerischen Versorgung nach wie vor virulent.

Herausforderung: Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen

Demografische und gesellschaftliche Entwicklungen fordern die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen in zweierlei Weise heraus: Erstens wächst die Nachfrage nach solchen Dienstleistungen insbesondere durch die alternde Bevölkerung und durch die gestiegene Erwerbsbeteiligung der Frauen (etwa im Pflegebereich, in der Kinderbetreuung). Andererseits kennzeichnet diese Dienst-

leistungsbranchen ein immer bedrohlicher werdender Fachkräftemangel (Rothgang et al. 2013, S. 39 ff.). Dieser wird nicht allein durch die demografische Entwicklung (weniger junge Menschen, die den Beruf auswählen können und mehr ältere Menschen, die pflegebedürftig sind), sondern auch durch Attraktivitätseinbußen der Sozial-, Pflege- bzw. Gesundheitsberufe hervorgerufen. Diese resultieren neben der generell hohen körperlichen und psychischen Arbeitsbelastung daraus, dass Beschäftigte ihre normativen und professionellen Handlungsorientierungen aufgrund der Ökonomisierung dieser Dienstleistungen zunehmend weniger einbringen und verfolgen können. Beispielsweise können Pflegekräfte aufgrund enger Zeitvorgaben oftmals nicht mehr die Zeit für die Pflegebedürftigen aufwenden, die sie aufgrund ihrer professionellen Standards für nötig erachten würden (vgl. Hien 2009, S. 43 ff.). Hinzu kommt, dass Nachwuchskräfte in Medizin und Pflege heute verstärkt attraktive Arbeitsbedingungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten erwarten und hohe Anforderungen an eine Balance von Berufs- und Privatleben haben.

Herausforderung: Verschlechterte Arbeitsbedingungen

Die genannten, sich verschlechternden Arbeitsbedingungen in den gesundheitsbezogenen und sozialen Dienstleistungen werden unter anderem durch eine zunehmende Arbeitsverdichtung und Arbeitsüberlastung, die Ausdifferenzierung verschiedener Qualifikations- und Entlohnungsgruppen sowie eine Flexibilisierung von Arbeitszeiten ausgelöst. Die sinkende Attraktivität der Arbeit in diesen Dienstleistungen (Lohnhöhe, Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Belastungsniveau usw.) im Vergleich mit anderen Berufsfeldern führt nicht nur zu Nachwuchsproblemen, sondern auch dazu, dass viele Beschäftigte diese Berufsfelder wieder verlassen (zur Übersicht vgl. Knüppel 2012; Müller 2009) oder versuchen, in Leitungspositionen zu gelangen. Das durch die demografische Entwicklung verursachte Ansteigen des Durchschnittsalters der Beschäftigten wirkt sich dabei problemverschärfend aus, weil viele Beschäftigte lange vor dem Rentenalter ihre Arbeit in den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen aufgeben. Zudem wählen viele Beschäftigte eine Teilzeitstelle, um den Belastungen der Arbeit standhalten zu können (vgl. Hien 2009).

Herausforderung: Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen

Die demografische Entwicklung hat in Verbindung mit der Landflucht in manchen ländlichen Regionen bereits zu großen Versorgungsengpässen geführt. Krankenhausschließungen, Engpässe bei der Versorgung durch ambulant tätige Haus- und Fachärzte und wachsender Fachkräftemangel in Pflegeeinrichtungen sowie eine für die Bewohnerinnen und Bewohner oft schlechte Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen sind prägnante Beispiele. Die übrig bleibenden sozialen und

gesundheitsbezogenen Dienstleister sind vielfach überfordert (vgl. Gerling 2013; Deutscher Bundestag 2014).

Herausforderung: Starre Grenzen im Versorgungssystem

Starre Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in Medizin, Pflege, Rehabilitation und Betreuung sowie zwischen Versicherungs- und Kostenträgern sind gleichermaßen problematisch für die Versorgungs- wie die Arbeitsqualität. Vielfältige Schnittstellenprobleme erschweren kranken und/oder pflegebedürftigen Menschen einen reibungslosen Übergang zwischen den verschiedenen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen (vgl. Deutscher Bundestag 2012). Sie führen zu Überlastungen der Beschäftigten aufgrund des Fehlens finanzieller Ressourcen (etwa bei der Pflege geistig behinderter Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, vgl. Bleses und Wetjen 2014) und führen zudem zur Überforderung der Leistungserbringer aufgrund personeller Unterausstattung.

Folge der Herausforderungen: Ein Teufelskreis entsteht

Die Dienstleistungsorganisationen drohen durch die finanzielle und personelle Unterausstattung bei gleichzeitig wachsenden Anforderungen und Effizienzerwartungen dauerhaft überlastet zu werden. Bei den Beschäftigten verbreiten sich unterdessen Anerkennungsdefizite und – damit im Zusammenhang stehende – vielfältige gesundheitliche Folgeprobleme. Anerkennungsdefizite sind teils relativ niedrigen Verdienstchancen, teils auch unzureichender symbolischer Anerkennung für Arbeitstätigkeiten geschuldet, z. B. für Interaktionsarbeit mit und an hilfsbedürftigen Menschen. Die Erkrankungsquoten steigen, zu den schon traditionell vorhandenen physischen kommen die psychischen Erkrankungen durch dauerhaften Arbeitsstress (vgl. Steinhöfel 2014) und „berufliche Gratifikationskrisen“ (Siegrist 1996) hinzu. Es entsteht ein *Teufelskreis*: Die sinkende Attraktivität der Beschäftigung in den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen führt zu einem Fachkräftemangel, der in den kommenden Jahrzehnten aufgrund der Anforderungen einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft dramatische Ausmaße annehmen kann. Der Fachkräftemangel wiederum verschärft die Arbeitsverdichtung und lässt die Qualität der Arbeitsprozesse wie der Arbeitsergebnisse weiter sinken.

Es ist also höchste Zeit, sich Gedanken um die Situation und die zukünftige Entwicklung in den sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zu machen. Im Fokus stehen soziale Innovationen, die für die Organisationen wie die Führungskräfte und Beschäftigten wichtige Ressourcen bilden können, um dem Teufelskreis zu entkommen.

3 Soziale Innovationen – Plädoyer für eine kontextsensitive Konzeptualisierung

Die skizzierten Herausforderungen verdeutlichen, dass im Feld der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen auf und zwischen der organisatorischen, der interorganisationalen und der politisch-institutionellen Ebene ein erheblicher Innovationsbedarf besteht. Für eine zukunftsfähige Bewältigung dieser Herausforderungen bedarf es nach Erkenntnissen der Fokusgruppe „Demografiemanagement und Vernetzung“ weniger technologischer, sondern insbesondere sozialer Innovationen.

Das Konzept der sozialen Innovationen hat seit den 1990er Jahren eine inzwischen große politische Resonanz (z.B. auf der Ebene der Europäischen Union) gefunden und ist zu einem Schlüsselkonzept in der sozialwissenschaftlichen Innovationsforschung avanciert (vgl. Howaldt et al. 2014). Gleichwohl ist dieses Konzept noch durch eine theoretisch-konzeptionelle Unschärfe geprägt (Rüede und Lurtz 2012). Einerseits kann diese die Anwendung des Konzepts auf empirische Forschungsgegenstände und -felder erschweren. Andererseits eröffnen sich gerade hierdurch Potenziale für die (demografieorientierte) Arbeitsforschung im Feld sozialer und gesundheitsbezogener Dienste. Diese Potenziale gründen darin, soziale Innovation als forschungsorientierendes Rahmenkonzept (Blumer 1954, S. 7) zu verwenden. Dadurch lassen sich neue Perspektiven zur gestaltungsorientierten Arbeitsforschung in diesem Dienstleistungsfeld ausloten und generieren. Das Konzept der sozialen Innovation entfaltet unseres Erachtens insbesondere Potenziale für die gestaltungsorientierte Arbeitsforschung, wenn es kontextsensitiv auf spezifische Felder gesellschaftlicher Arbeit angewendet wird. Mit Blick auf das Feld der sozialen und der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen existieren bisher kaum theoretisch-konzeptionelle Arbeiten bzw. empirische Studien, für welche das Konzept der sozialen Innovation forschungsleitend ist (zu den Ausnahmen: Köhler und Goldmann 2010; Heinze und Naegele 2010; Matthes et al. 2014). Die in diesem Herausgeberband versammelten Aufsätze leisten einen ersten, weiterführenden Beitrag, diese Forschungslücke zu schließen. Der inhaltliche Fokus ist hierbei auf die Handlungsebenen der Organisationen und der interorganisationalen Netzwerkstrukturen gerichtet.

Zunächst soll unser Verständnis sozialer Innovationen als forschungsorientierendes Rahmenkonzept mit Blick auf das untersuchte Feld erläutert werden. Im Anschluss an Howaldt et al. (2014, S. 13) verstehen wir soziale Innovationen als die intendierte Entwicklung neuer und die Rekombination vorhandener sozialer Praktiken in spezifischen sozialen Handlungsfeldern und auf deren unterschiedlichen Handlungsebenen, welche die Fähigkeiten von Akteuren erhöhen, mit Her-

ausforderungen besser als zuvor umgehen zu können. Unser Verständnis sozialer Innovationen knüpft an eine ressourcenorientierte Perspektive an: Die Fähigkeiten von Akteuren zur Bewältigung von Herausforderungen können demnach durch neue soziale Praktiken gefördert werden, welche die Ressourcen der Akteure stärken. Dabei kann es sich um unterschiedliche Ressourcen handeln (vgl. Ducki 1998; Antonovsky 1997; Becke und Meyerhuber 2015):

- Personale Ressourcen (wie Selbstwirksamkeit und Kohärenzgefühl),
- Ressourcen der Arbeitsaufgabe (z. B. Vollständigkeit der Aufgabe und Autonomiespielräume),
- organisatorische Ressourcen (etwa betriebliche Beteiligungsstrukturen),
- soziale Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung, kooperative Konfliktbewältigung, Vertrauen und Reziprozität von Geben und Nehmen in Unternehmen und Netzwerken) sowie
- institutionelle Ressourcen, wie neue gesetzliche Regelungen, welche die Handlungsmöglichkeiten von Akteuren stärken und erweitern.

Soziale Innovationen können nicht nur Ressourcen im Sinne ermöglichender Handlungsbedingungen (Moldaschl 2002, S. 56) hervorbringen, sondern sie können auch selbst neue Ressourcen bilden. Die Relevanz spezifischer Ressourcen für unterschiedliche soziale Handlungskontexte und auf verschiedenen Handlungsebenen lässt sich nur empirisch bestimmen.

Für unser Verständnis sozialer Innovationen sind neben der Ressourcenstärkung weitere Kernmerkmale konstitutiv (vgl. Zapf 1989; Ornetzeder und Buchegger 1998; Howaldt et al. 2014):

- Neuheit
- Intentionalität
- Dualität von Mittel und Zweck
- Wertbezogenheit
- Praxisbewährung
- Soziale Innovationen als Produkte sozialen Handelns
- Soziale Praktiken als Kern sozialer Innovation
- Kontextspezifische Trias von Invention, Praxisbewährung und Diffusion
- Soziale Innovationen als Basisinnovationen
- Perspektivenvielfalt als Innovationspotenzial
- Aushandlung und Konflikt als Grundlagen sozialer Innovation
- Soziale Innovationen als analytisches und gestaltungsorientiertes Konzept

Merkmal: Neuheit

Innovationen zeichnen sich durch ihre *Neuheit* in Abgrenzung zu bisher bewährten, in die Krise geratenen oder zunehmend als unangemessen betrachteten Problemlösungen aus. Der Neuigkeitswert von (sozialen) Innovationen umfasst nicht nur originale Inventionen, sondern auch die Neukombination bereits bekannter Elemente oder Praktiken. Soziale Innovationen sind daher zumindest durch relative Neuheit gekennzeichnet (Kesselring und Leitner 2008, S. 21). Von entscheidender Bedeutung für den Aspekt der Neuheit sind die kollektiven oder subjektiven „Wahrnehmungen potentieller Anwender der Innovation“ (Ornetzeder und Buchegger 1998, S. 13). Bestimmte soziale Praktiken können daher in spezifischen Handlungskontexten von den involvierten Akteuren als soziale Innovation aufgefasst werden, während sie in anderen Kontexten als längst etablierte Praktiken gelten.

Merkmal: Intentionalität

Soziale Innovationen unterscheiden sich von emergenten sozialen Prozessen, wie sozialem Wandel, durch ihre *Intentionalität*, die an zielorientiert handelnde Akteure gebunden ist. Intentionalität ist auf die bewusste Entwicklung bzw. Veränderung von Problemlösungen gerichtet (vgl. Howaldt und Schwarz 2011; Kesselring und Leitner 2008). Dies bedeutet jedoch weder, dass sich soziale Innovationen stets wie ursprünglich geplant realisieren lassen, noch, dass soziale Innovationen keine ungeplanten Risiken bergen oder unvorhergesehene Folgen nach sich ziehen können. Dies wirft die Frage nach der Reflexivität sozialer Innovationen auf, auf die wir mit Blick auf das letzte Kernmerkmal eingehen werden.

Merkmal: Dualität von Mittel und Zweck

Soziale Innovationen sind durch eine *Dualität von Mittel und Zweck* gekennzeichnet: Als Mittel oder Instrument dienen sie dazu, bestimmte Ziele zu erreichen (Kesselring und Leitner 2008, S. 20). Überdies können soziale Innovationen auf unterschiedlichen Handlungsebenen selbst ein Ziel, z.B. der Innovationspolitik, sein. Dies lässt sich anhand der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) als soziale Innovation verdeutlichen (Becke et al. 2014, S. 415): Die BGF ist auf der einen Seite ein Mittel der betrieblichen Innovationspolitik, da sie dazu beiträgt, die Gesundheit von Mitarbeitenden als Quelle ihrer Leistungsfähigkeit und Kreativität zu erhalten. Auf der anderen Seite stellt die BGF selbst eine soziale Innovation dar und ist somit auch ein mögliches Ziel betrieblicher Gesundheitspolitik.

Merkmal: Wertbezogenheit

Soziale Innovationen zeichnen sich durch *Wertbezogenheit* aus. Im Feld der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen ist diese Wertbezogenheit besonders ausgeprägt. Diese Dienstleistungen sind stark an den Werten einer guten

Versorgungs- und Pflegequalität mit Blick auf den Erhalt oder die Verbesserung der Lebensqualität hilfebedürftiger Menschen, aber auch am Wert der Effizienzsteigerung orientiert. Diese Wertorientierung spiegelt sich auch in politischen Leitkonzepten, wie der Integrierten Versorgung, oder des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Pflege wider (vgl. Köhler und Goldmann 2010; Heinze und Naegele 2010). Seit einigen Jahren erhält die Wertorientierung an ‚guter Arbeit‘ in den sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten eine größere Bedeutung (Fuchs 2011; Becke und Bleses 2015). Diese ist nicht nur gesetzlichen Regulierungsvorhaben, wie zur Einführung eines gesetzlichen Mindestlohns in der Pflege oder zur Arbeitszeitgestaltung im Krankenhausbereich, geschuldet. Sie kommt auch in erhöhten Ansprüchen von Beschäftigten an eine gute Qualität von Arbeitsbedingungen und Beschäftigungsverhältnissen zum Ausdruck. Die forcierte Ökonomisierung sozialer und gesundheitsbezogener Dienste gerät häufiger in Widerspruch zu berufs- und tätigkeitsbezogenen Wertvorstellungen von Beschäftigten in Bezug auf das Ethos fürsorglicher Praxis und eine gute Arbeitsqualität (Senghaas-Knobloch 2014). Die erlebte Verschärfung dieses Widerspruchs durch die forcierte Ökonomisierung in diesem Feld bildet eine relevante Abwanderungsmotivation für Beschäftigte. Die Anerkennung und Verbreitung sozialer Innovationen in diesem Feld setzt voraus, diese Wertorientierungen zu berücksichtigen, ja sie als normative Grundlage für die Generierung sozialer Innovationen anzuerkennen.

In unterschiedlichen Definitionen sozialer Innovationen wird deren Orientierung auf hochbewertete gesellschaftliche Ziele oder anerkannte soziale Herausforderungen, zumindest aber auf ‚bessere‘ als bisherige Problemlösungen betont (vgl. Zapf 1989; Gillwald 2000; Howaldt und Schwarz 2010). Darin spiegelt sich die grundsätzliche Wertbezogenheit sozialer Innovationen wider, die auf die Frage nach ihren (primär gesellschaftlichen) Nutzenpotenzialen verweist (Gillwald 2000). Hierzu lassen sich drei grundlegende Positionen unterscheiden: Die erste, normative Position bindet die Definition sozialer Innovationen unmittelbar an ihre soziale Nützlichkeit (Heinze und Naegele 2010, S. 297 f.). Diese Position vermag allerdings keine Antwort auf die Frage zu geben, welche Akteure die gesellschaftliche Nützlichkeit sozialer Innovationen definieren und welche sozialen Definitionsverhältnisse hierfür prägend sind. Die zweite Position betont die soziologisch-analytische in starker Abgrenzung zu einer normativen Perspektive der Wertbezogenheit sozialer Innovationen (Howaldt und Schwarz 2010). Diese Position der soziologisch-analytischen Wertneutralität rekurriert eher indirekt auf soziale Wertvorstellungen, indem sie für die Diffusion neuer sozialer Praktiken deren Anschlussfähigkeit an übergeordnete sozial-kulturelle Deutungsschemata für unverzichtbar hält (Howaldt et al. 2014). Sie greift jedoch zu kurz, da sie den sozialen Wertvorstellungen, die Akteure in soziale Konstruktionsprozesse und so-

Zusammen - Arbeit - Gestalten

Soziale Innovationen in sozialen und
gesundheitsbezogenen Dienstleistungen

Becke, G.; Bleses, P.; Frerichs, F.; Goldmann, M.;

Hinding, B.; Schweer, M.K.W. (Hrsg.)

2016, XVI, 364 S. 18 Abb., 3 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-04058-1